様式第２号（第５条関係）

風しんワクチン緊急接種事業
接 種 済 証 兼 領 収 証

下記、受診者につき　・　風しんワクチン

・　麻しん風しんワクチン　　接種を実施し、
下記金額を領収しました。

受診者

住　　所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　昭和／平成　＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

予防接種を行った年月日　＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

メーカー／Lot　No.　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

領収金額　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

接種医療機関

住　　所

接　種　医　　(印)

※接種医療機関及び接種医の氏名・押印ないものは無効